

DECLARATION D'ACCIDENT

(établissement par le blessé, elle doit être contresignée par un responsable du club)

A compléter avec un représentant du club et à transmettre dans les 5 jours ouvrés à votre assureur :

Un accusé de réception vous sera transmis à réception de votre déclaration.

MMA IARD - DC AIS - Division Prévoyance
1, allée du Wacken - 67978 STRASBOURG Cedex 9

- *Par courrier (lettre recommandée non exigée)*
- *Par télécopie au 03.88.11.73.60*
- *Par courriel : prevoyance-logistique@groupe-mma.fr*

Tél. : 03.88.11.70.08 – 03.88.11.70.21

ASSURANCE DE BASE – CONTRAT N° 147.325.567

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB ASSURE

Nom : N° affiliation :

Adresse (n°, voie, ville, CP) :

Nom du représentant : ☎ et/ou mail :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE LICENCIE ASSURE (victime)

Sexe : MASCULIN FEMININ

Nom / prénom : ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse : CP : _____ Ville :

Date de naissance (si pers. physique) : ____ / ____ / ____ Email :

N° DE LICENCE FEDERALE : (joindre obligatoirement une photocopie)

Les garanties facultatives proposées par le contrat n° 147.325.578 ont-elles été souscrites ? OUI NON

Si oui, préciser l'option souscrite : OPTION 1 OPTION 2 Inscrit sur la liste Ministérielle des Sportifs de Haut Niveau

DISCIPLINE CONCERNE PAR L'ACCIDENT

HALTEROPHILIE

MUSCULATION

AUTRE (A Préciser)

Circonstance de l'accident

EN ENTRAINEMENT

EN COMPETITION

PENDANT UN TRAJET

AUTRE (A Préciser)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date : ____ / ____ / ____ Heure :

Lieu (CP, ville) ____ Ville :

Nom / adresse du club organisateur (le cas échéant) :

Si l'accident est survenu à l'étranger, précisez le pays

Nom, Adresse et Signature du (ou des) témoin(s)

Un Procès-Verbal a-t-il été établi à la suite de votre accident ?

Dans l'affirmative, par qui ?

Indiquez les coordonnées de la brigade :

Ainsi que le numéro du PV :

Décrire en quelques lignes les causes et circonstances de l'accident :

 OUI NON GENDARMERIE POLICE

(croquis + plan des lieux à joindre à la déclaration d'accident si nécessaire)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DOMMAGES CORPORELS SUBIS PAR L'ASSURELa victime est-elle décédée des suites de l'accident ? OUI NON

Si NON, décrire les lésions (fournir obligatoirement le certificat médical les constatant) :

Siège de la blessure :**Organisme de prévoyance** (Sécurité sociale, Mutualité agricole, etc.) :

N° d'immatriculation de l'assuré : ____ / ____

Adresse / coordonnées de l'organisme :

Organisme complémentaire (mutuelle, contrat d'assurance maladie,...) :

N° du contrat :

Adresse / coordonnées de l'organisme:

Pour vous faire rembourser, toujours joindre :**Pour des frais d'hospitalisation, médicaux ou pharmaceutiques :**

- le décompte du régime social,
- le décompte du régime complémentaire, si vous en avez un,
- un certificat médical descriptif des blessures,
- la note de frais de l'établissement de soins (duplicata) en cas d'hospitalisation,

Si les garanties complémentaires ont été souscrites :**Si l'assuré exerce une activité salariée :**

- Le certificat d'arrêt de travail
- Le bulletin de salaire des 3 mois précédent l'accident
- Les bulletins de salaires des mois suivant l'arrêt de travail (sur lequel figure la perte de revenus)
- Les décomptes des règlements de la sécurité sociale et de tout autre régime de prévoyance susceptibles de régler des indemnités journalières

Si l'assuré n'exerce aucune activité salariée :

- Le certificat d'arrêt de travail
- les avis d'imposition des trois dernières années précédent l'accident

Fait à :

Le : ____ / ____ / ____

Pour l'assuré :

« J'atteste de l'exactitude des informations et de la réalité des faits énoncés »

Signature :

Pour le club :

Tampon et signature du représentant (obligatoire) :